



ANKIETA DLA PACJENTA Z RANĄ

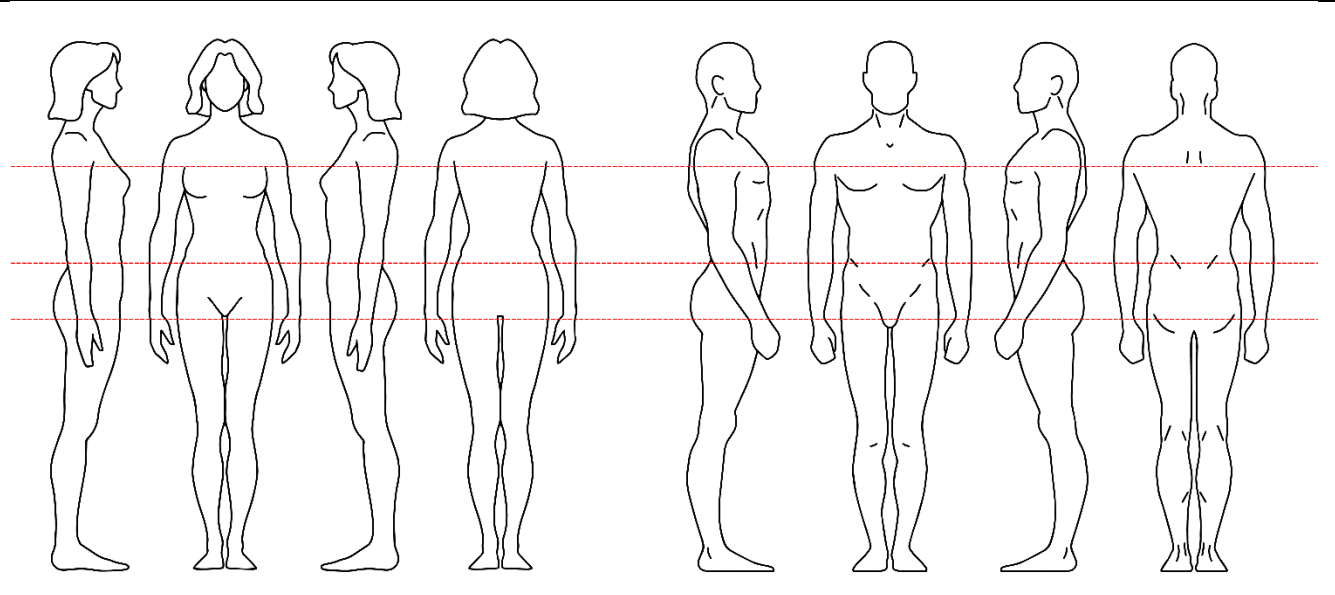
PROSIMY O :

- ZAZNACZENIE WŁAŚCIWEJ ODPOWIEDZI LUB **KRÓTKI KOMENTARZ** DRUKOWANYMI LITERAMI
- **ODDANIE WYPEŁNIONEJ ANKIETY LEKARZOWI NA PIERWSZEJ WIZYTCIE W PORADNI**

Imię i nazwisko pacjenta.....

Wiek

Data wypełnienia ankiety

Lp	PYTANIA	ODPOWIEDZI
1	Zaznacz gdzie jest rana?	
2	Od jak dawna?	
3	W jakich okolicznościach powstała?	
4	Jak do tej pory była leczona? Opatrunki specjalistyczne/ środki odkażające	
5	Czy towarzyszą jej dolegliwości bólowe? Jeśli tak proszę zaznaczyć na „buźce” stopień Pana/Pani bólu, który towarzyszy ranie	TAK/NIE



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
BRAK BÓLU ŁAGODNY UMIARKOWANY SILNY BARDZO SILNY NIE DO WYTRZYMANIA

6	Ile Pan/ Pani waży?																	
7	Ile Pan/ Pani ma wzrostu?																	
8	Czy ma Pan/ Pani rozpoznaną miażdżycę?	TAK/NIE																
9	Czy Pan/ Pani ma żylaki kończyn dolnych?	TAK/NIE																
10	Czy choruje Pan/ Pani na cukrzycę?	TAK/NIE																
	<i>Jeśli tak to od ilu lat?</i>																	
11	Czy choruje, chorował Pan/Pani na inne choroby?	TAK/NIE																
	<i>Jeśli tak jakie?</i>	<table border="1"><tr><td>1</td><td></td></tr><tr><td>2</td><td></td></tr><tr><td>3</td><td></td></tr><tr><td>4</td><td></td></tr><tr><td>5</td><td></td></tr><tr><td>6</td><td></td></tr><tr><td>7</td><td></td></tr><tr><td>8</td><td></td></tr></table>	1		2		3		4		5		6		7		8	
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
12	Czy był Pan/ Pani kiedykolwiek operowany?	TAK/ NIE																
	<i>Jeśli tak kiedy ?</i>																	
	<i>Z jakiego powodu ?</i>																	
	<i>Jaki zabieg wykonano ?</i>																	
13	Czy jest Pan/ Pani pacjentką innej poradni specjalistycznej?	TAK/NIE																
	<i>Jeśli tak to jakiej?</i>																	

	<i>Z powodu jakiej choroby Pan/Pani do niej uczęszcza?</i>																																																					
14	Czy zażywa Pan/ Pani jakiegokolwiek leki i/lub suplementy diety?	TAK/NIE																																																				
	<i>Jeśli tak, to jakie?</i>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Lp</th> <th>NAZWA LEKU</th> <th>DAWKA</th> <th>KIEDY ZAŻYWA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Lp	NAZWA LEKU	DAWKA	KIEDY ZAŻYWA	1				2				3				4				5				6				7				8				9				10				11				12			
Lp	NAZWA LEKU	DAWKA	KIEDY ZAŻYWA																																																			
1																																																						
2																																																						
3																																																						
4																																																						
5																																																						
6																																																						
7																																																						
8																																																						
9																																																						
10																																																						
11																																																						
12																																																						
15	Czy pali Pan/Pani papierosy lub inne wyroby tytoniowe?	TAK/NIE																																																				
	Jeśli tak to proszę wpisać od którego roku życia i w jakiej ilości na dzień. Jeśli palił Pan/Pani w przeszłości proszę o odpowiedz na powyższe pytanie																																																					
16	Czy stosuje Pan/Pani jakąkolwiek dietę?	TAK/NIE																																																				
	Jeśli tak to jaką?																																																					

17	Czy stosuje Pan/Pani odżywki białkowe?	TAK/ NIE
	Jeśli tak to jakie?	
18	Czy stosuje Pan/ Pani WYROBY UCISKOWE (pończochy, podkolanówki, bandaże)? Jeśli tak proszę je zabrać ze sobą na pierwszą wizytę. W miarę możliwości w oryginalnych opakowaniach.	TAK/ NIE
19	Czy w miejscu Pana/ Pani zamieszkania jest dostęp do łazienki z bieżącą wodą?	TAK/NIE
20	Czy w miejscu Pana/ Pani zamieszkania są obecne zwierzęta domowe?	TAK/ NIE
21	W jaki sposób Pan/ Pani dowiedział się o CLO?	
22	W jakiej odległości Pan/ Pani od CLO mieszka?	5-10 km 10-50km 50- 200km 200 i więcej km
23	Jakim środkiem transportu i z kim przyjechał Pan/ Pani do CLO i zamierza uczęszczać na wizyty kontrolne do poradni?	

DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY

Państwa odpowiedzi pomogą nam w doborze odpowiedniego leczenia i usprawnieniu terapii, aby jak najlepiej zadbać o proces gojenia.

**PROSIMY O ODDANIE WYPEŁNIONEJ ANKIETY LEKARZOWI
PODCZAS PIERWSZEJ WIZYTY W PORADNI**